

일리노이 주 대법원  
미국 장애인법에 의한 편의 제공 신청서 (신청에 대한 비밀 유지)

날짜: \_\_\_\_\_

정자 이름:

편의 제공 신청자의 이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

주간 전화번호: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

신청한 편의 제공의 종류(구체적으로 설명해 주십시오): \_\_\_\_\_

편의 제공이 필요한 날짜: \_\_\_\_\_

편의 제공이 필요한 장소: \_\_\_\_\_

작성한 양식의 사본을 다음의 우편 또는 이메일 주소로 보내 주십시오.

**Court Disability Coordinator**  
**Office of the Supreme Court Clerk**  
**200 East Capitol Avenue**  
**Springfield, IL 62701**  
또는 이메일: [ADACoordinator@IllinoisCourts.gov](mailto:ADACoordinator@IllinoisCourts.gov)

전화: (217) 782-2035

TDD: (217) 524-8132

위에서 제공한 정보를 확인하기 위해 서명해 주십시오: \_\_\_\_\_

이름을 정자로 기재해 주십시오: \_\_\_\_\_

**공용란(Office Use Only):**

Accommodation: \_\_\_\_\_ granted: \_\_\_\_\_ denied: \_\_\_\_\_

Requestor notified on: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_

Type of accommodation: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

**첨부물 B**